

## Karta kursu specjalistycznego nr

### Ordynowanie leków i wypisywanie recept cz. I

1. Imię (imiona) i nazwisko .....

2. Data urodzenia .....

3. Miejsce urodzenia .....

4. Obywatelstwo .....

5. PESEL<sup>1)</sup>

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 .....

6. Adres do korespondencji 

			-			
--	--	--	---	--	--	--

 .....

(kod) (miejscowość)

.....  
(ulica) (nr domu) (nr mieszkania) (województwo)

Nr telefonu <sup>2)</sup> ..... adres e-mail <sup>2)</sup> .....

7. Tytuł zawodowy <sup>3)</sup> pielęgniarka/pielęgniarsz położna/położny  położna/położny

8. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza, położnej/położnego <sup>4)</sup>

..... wydane przez .....

(rok wydania)

9. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10. Wykształcenie <sup>5)</sup>

średnie zawodowe

licencjat pielęgniarstwa  licencjat położnictwa  licencjat w innej dziedzinie  magister pielęgniarstwa

magister położnictwa  magister w innej dziedzinie  stopień naukowy doktora  stopień naukowy doktora

habilitowanego

11. Nazwa i adres miejsca pracy

.....  
.....

12. Nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych, właściwej dla miejsca zatrudnienia

.....

13. Data rozpoczęcia kursu specjalistycznego 28.08.2021 r.

14. Kierownik kursu specjalistycznego

Jerzy Krukowski  
(imię i nazwisko)

## 15. Przebieg szkolenia teoretycznego

Lp.	Nazwa modułu	Liczba godzin	Data zaliczenia	Podpis osoby dokonującej zaliczenia
1	Zasady stosowania terapii wybranymi produktami leczniczymi	25		
2	Wyroby medyczne i środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego	10		
3	Zasady i tryb wystawiania recept	5		
4	Aspekty prawne i odpowiedzialność zawodowa	5		
<b>Razem liczba godzin</b>		<b>45</b>		

Szkolenie teoretyczne – zaliczono/nie zaliczono<sup>1)</sup> .....  
 (data) (podpis kierownika kursu specjalistycznego)  
 (dotyczy postaci papierowej)

## 16. Przebieg szkolenia praktycznego

Zasady stosowania terapii wybranymi produktami leczniczymi – 8 godz.

Wyroby medyczne i środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego – 8 godz.

Zasady i tryb wystawiania recept – 4 godz.

Lp.	Nazwa placówki stażowej	Okres szkolenia praktycznego od - do	Liczba godzin	Data zaliczenia	Podpis opiekuna szkolenia praktycznego
1	(pełna nazwa i pełny adres)	(3 dni)	20		
<b>Razem liczba godzin</b>			<b>20</b>		

Szkolenie praktyczne – zaliczono/~~nie zaliczono~~<sup>4)</sup> .....

(data)

(podpis kierownika kursu specjalistycznego)

(dotyczy postaci papierowej)

17. Zaliczenie kursu – zaliczono/~~nie zaliczono~~<sup>4)</sup> .....

(data)

(podpis i pieczęć organizatora kształcenia)

(dotyczy postaci papierowej)

18. Ukończyła/ukończył kurs specjalistyczny

### **Ordynowanie leków i wypisywanie recept cz. I**

(nazwa kursu)

prowadzony w systemie ~~stacjonarnym~~/niestacjonarnym<sup>4)</sup>, zorganizowany przez

Nursikom Jerzy Krukowski, ul. Wielewska 6/5, 89-600 Chojnice

(nazwa i adres organizatora kształcenia)

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć organizatora kształcenia) (dotyczy postaci papierowej)